Royaume du Maroc

Ministère de la santé publique

Province ou préfecture de : ……

FICHE DE DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE MALADIE

- Maladie : …… Code : ……
- Nom ou initiales du malade (1) : ……
- Age : …… Sexe : M – F Profession : ……
- Adress exacte (2) : ……

……

Lieu de travail ou école fréquentée (2) : ……

Date de début de la maladie : …… / …… / ……

Cas clinique : ……

ou cas confirmé : …… , Type de confirmation : ……

Observation et remarques éventuelles : ……

……

……

Date de declaration : …… / …… / ……

Nom, adress et signature

du médecin declarant

---

(1) Pour le SIDA et les MST seules les initiales seront mentionnées

(2) À ne pas remplir en cas de SIDA et de MST